

Avoimen dialogin periaattein työskentelevän tiimin johtamisen ja tiimin jäsenyyden erityispiirteistä

Muistelemassa seitsemän perheterapeuttia Jorvin psykoosityöryhmän (PSYP) moniammatillisesta tiimistä:

Ari Kylänpää, Arja Itkonen, Leena Rieskjärvi, Pauli Uusitalo, Merja Lappi-Rantala, Hanna Honkinen ja Aino Maija Rautkallio

Artikkelin kirjoittanut yhdessä tuotetun materiaalin pohjalta Aino Maija Rautkallio

Tiivistelmä:

Aino Maija Rautkallio
kouluttajapsykoterapeutti
aino.rautkallio@kolumbus.fi

Kirjoituksessa kiteytetään Avoimen dialogin hoitomallin eli Keroputaan mallin historiaa ja käytänteitä sekä kuvaillaan mallin muotoutumista espoolaiseksi Jorvin malliksi vuosien 1991–2005 aikana. Pyrkimys on avata erityisesti hoitomallin dialogista johtamista ja tiimin dialogista toimintaa. Teksti pohjautuu litteroituun tallenteeseen Jorvin psykoosityöryhmän (PSYP) seitsemän silloisen tiimin jäsenen käymästä muistelukeskustelusta, joka käytiin toukokuulla 2025. Kooste keskustelusta on julkaistu tämän lehden samassa numerossa otsikolla *Kokemuksia Avoimen dialogin tiimin johtamisesta ja tiimin jäsenyydestä*. Kirjoittamisen pontimena on näkemys siitä, että Avoimen dialogin hoitomalli kestää aikaa ja on edelleen todellinen vaihtoehto julkisen mielenterveys-hoidon organisoinnin perustaksi. Hoitomallin periaatteet sekä dialoginen johtaminen ja dialogiset alaistaidot ansaitsevat tulla sanoitetuiksi ja inspiraation lähteeksi niille, jotka tässä ajassa tai tulevaisuudessa huomaavat, miten perhe ja läheiset ovat välttämätön osa mielen-terveyden kriisien hoitamisen ydintä. Ja kaikkea ei tarvitse keksiä uudelleen.

Avainsanat: Avoin dialogi, perhe- ja verkostokeskeisyys, johtaminen, alaistaidot

”Pitäisi lähteä alhaalta ylöspäin johtaminen ja kehittäminen ja niin, että ylin johto tukee työntekijöitä, eikä ylhäältä alaspäin, että annetaan ohjeita, tehdään typeryyksiä ja ajetaan toimivat hoitomallit alas. Pitää luottaa siihen, että ne, jotka tekee, osaa ja tietää, miten sitä työtä tehdään, johdon tehtävä on miettiä resursseja ja muuta, mutta pitää kuunnella tekijöiden idea ja luottaa... kun PSYP toimi parhaiten, niin johto luotti meihin.”

osastonhoitaja Ari Kylänpää

Aluksi

Kirjoitus pohjautuu Avoimen dialogin hoitomallin periaattein Espoossa HUS:n organisaatiossa vuosina 1991–2005 toimineen Jorvin psykoosiryhmän (PSYP) kahden esihenkilön ja osan silloisesta moniammatillisesta tiimistä käymään muistelukeskusteluun. Keskustelu käytiin toukokuussa 2025 ja siitä syntyi kahdeksan tunnin tallenne, jonka litterointiin tämän artikkelin viittaukset perustuvat. Kooste muistelukeskustelusta on julkaistu tässä lehdessä otsikolla *Kokemuksia Avoimen dialogin hoitomallin johtamisesta ja tiimin dialogisesta jäsenyydestä* (Rautkallio ym. 2026) ja sen voi lukea joko ennen tai jälkeen tämän työtapakuvauksen lukemisen tai tekstin sisällä ehdotetussa kohdassa.

Me silloiset PSYP:piläiset haluamme tällä kirjoituksella muistuttaa suomalaisen Avoimen dialogin hoitomallin eli Keroputaan mallin olevan todellinen vaihtoehto psykoottisten, itsetuhoisten sekä muiden vakavien mielenterveyden kriisien ja ongelmien hoidon organisoinniseksi. Maailmalla mallista ollaan kiinnostuneita ja sitä implementoidaan, mutta Suomessa malli on valtaosin sivuutettu. Sitä meidän on ollut vaikea ymmärtää.

Avoimen dialogin hoitomallista on kirjoitettu paljon, erityisesti professori emeritus Jaakko Seikkulan toimesta. Keroputaan mallin syntyprosessia, periaatteita ja käytäntöjä on kuvailtu ja mallin vaikuttavuutta tutkittu usean hoitokäytäntöön perehtyneen ammattilaisen ja tutkijan toimesta, mutta Avoimen dialogin hoitomallin *johtamisesta* on osunut silmiin huomattavan vähän kuvausta. Lienee kuitenkin selvää, että Avoimen dialogin hoitomallin toteuttaminen edellyttää dialogista johtamista ja tiimin työskentely, kehittäminen ja koulutus toimintaa dialogisin periaattein.

Muistelumme myötä meille itsellemmekin kirkastuu dialogisen johtamisen ja psykoterapeuttisen asenteen myönteiset vaikutukset mielenterveyspalveluiden organisointiin, hoidon toteuttamiseen ja vaikuttavuuteen sekä työryhmän työhyvinvointiin ja pitovoimatekijöihin. Arvostus johtajiamme kohtaan kasvaa entisestään kuullessamme heiltä, millä paneutuneisuudella dialogisin prinssiipein he meitä johtivat.

Kun nyt viimeistelemme tätä tekstiä julkaistavaksi, on ehtinyt kulua jo vuosi muistelustamme. Puheenvuoromme perhe- ja verkostokeskeisen dialogisen työotteen tarpeellisuudesta ja sen mielekkyydestä, vaikuttavuudesta sekä taloudellisuudesta on yhä ajankohtaisempi. Mielenterveyspalvelut sakkaavat monella alueella. Näin tapahtuu

käsityksemme mukaan ainakin osin yksilökeskeisen, oire- ja diagnoosikeskeisen ja yksin tehtävän työtteen vuoksi. Akuuttitilanteiden ohella myös toipumiseen kohdennettavien resurssien (perhe, läheiset, verkosto) käyttämättä jättäminen ja ennaltaehkäisevän verkostonäkökulman (lapset, sisarukset, työyhteisö) sivuuttaminen on vastoin hoitosuosituksia.

Läheisten ja verkoston sivuuttaminen mielenterveyden kriisien kohtaamisessa heikentää hoidon tuloksia ja voi tuottaa kohtalokkaita hoitovirheitä ja inhimillistä kärsimystä. Tästä esimerkkinä sisarensa ja perheensä tragediasta Helsingin Sanomille (HS 26.4.2026) haastattelun antanut näyttelijä Lotta Lehtikari. Hän kertoo, etteivät he perheenä ennen sisaren itsemurhaa eivätkä sen jälkeen saaneet mielenterveyspalveluista tarpeenmukaista tarvitsemaansa apua. Hän puhuu Keroputaan mallin puolesta ja antaa kasvonsa ja äänensä kysymykselle, miksi mallia ei käytetä Suomessa.

Kannamme osaltamme vastuamme siitä, että tämän päivän päättäjät ja klinikot saavat käsitystä useissa muissakin yhteyksissä viitatus Keroputaan mallin taloudellisuudesta ja sovellettavuudesta erilaisiin toimintaympäristöihin organisaation tai väestöpohjan koosta riippumatta. Kyse on ennen kaikkea arvoista, ihmiskuvasta, yhteistoiminnallisuudesta ja johtamisesta, niin, ja koulutuksesta, työnohjauksesta sekä rohkeudesta tehdä kokeiluja. Kyse on myös julkisen sektorin johdon tekemistä valinnoista sen suhteen, kohdennetaanko Suomen runsaslukuisen dialogisesti koulutetun pari- ja perheterapeuttiverkoston ammattitaitoa ja resurssia perhekeskeiseen työskentelyyn vai johonkin muuhun.

Taustaa muistelulle dialogisesta johtamisesta ja dialogisista alaistaidoista

Idea muistelukeskustelumme Avoimen dialogin tiimin johtamisesta ja alaistaidoista syntyi Aino Maijan, Arin ja Arjan vuosien saatossa eri yhteyksissä käymien PSYP:n aikoihin palaavien keskustelujen innoittamana. Erityisesti eräs keskustelu, jossa Arin kuvaus osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan dialogisesta yhteisjohtamisesta tuntui niin kiinnostavalta, että Aino Maija ehdotti, että

"Arjan ja sun dialoginen johtamisen tyyli pitäis kerta kaikkiaan saada kirjoihin ja kansiin ja muille kerrottavaksi, jos vaikka joku joskus vielä toteuttaisi ja jatkojalostaisi Avoimen dialogin mallia."

Samoin PSYP:n apulaisosastonhoitajana toimineen Arjan muistelut toivat esiin todella tähdellisiä näkökulmia heidän aivan erityisellä tavoin yhdessä kehittämästään dialogisesta työparina johtamisesta.

Niinpä päätettiin kutsua vanhoja työkavereita muistelemaan yhteistä työtämme PSYP:ssä, ennen kuin kaikki unohtuu ja ennen kuin myös me unohdumme. Muisteluryhmän kokoonpano muodostui luontevasti niistä tiimiläisistä, jotka olemme pitäneet porukalla yhteyttä lähdettyämme kukin aikanaan ja erilaisista syistä pois PSYP:stä.

Muistellemme dialogisesti ja moniäänisesti, samalla tavoin kuin teimme yhdessä töitä. Palauttelemme mieleen, miten muokkasimme Turun mallia ja Keroputaan mallia Jorvin malliksi ja pyrimme säilyttämään molempien mallien ideat ja periaatteet ja loimme silti omamme. Kuulemme, miten PSYP:n Avoimen dialogin tiimiä johdettiin ja mietimme, millä kaikilla tavoin me olimme dialogisia tiimiläisiä? Pohdimme, miten ihmeessä ylempi johto luotti meihin ja suojasi meitä, miten verkostot toimivat ja perheet tulivat kutsuttaessa mukaan. Muistamme myös ristiriitojamme ja erilaisuuksiamme, venymisemme määrää ja vaikeuksiamme oppia ei-tietämisen tilaa ja dialogiseen prosessiin luottamista. Muistellemme surren ja vihaisinakin sitä, miten PSYP:n olemassaolo lopulta päättyi. Mutta ennen loppua palataan alkuun.

Keroputaan mallin vaiheista Jorvin malliksi

Avoimen dialogin hoitomalli kehitettiin pohjoisessa Suomessa julkisessa terveydenhuollossa erityisesti psykoosien ja vaikeiden psykososiaalisten kriisien hoidon uudistamiseksi. Länsi-Pohjassa 1984 käynnistetyn dialogisen ja moniäänisen kehittämistyön taustalla oli kuitenkin Turussa aiemmin jo 1970-luvulta lähtien kehitetty tarpeenmukaisen hoidon malli, joka puolestaan toimi lähtökohtana suomalaisen skitsofreniaprojektin (1988) suosituksille kutsua perhe mukaan hoitoon ja sen suunnitteluun alusta asti. Näiden lähestymistapojen ydintä on välitön reagointi avunpyyntöön, ryhmätyöskentely sekä verkoston ottaminen mukaan avoimeen keskusteluun mielenterveyden kriisin tai vakavan huolen keskellä (Aaltonen 2000).

Keroputaan Avoimen dialogin mukaisen hoitomallin toimintaperiaatteet täydentävät edeltäjiään. Näitä periaatteita ovat toiselle vastaaminen tässä ja nyt tilanteen ehdoilla, hoidon alkaminen välittömästi ensimmäisestä yhteydenotosta, perhe- ja verkostokeskeisyys, dialogisuus, avoimuus, joustavuus, hoitoryhmän vastuu hoidon kokonaisuudesta, hoidon jatkuvuus, epävarmuuden sietäminen, pyrkimys yhteisen ymmärryksen synnyttämiseen (Seikkula 2022).

Jorvin malli rakentui näiden mallien perustalle ja vahvistui reflektiivisellä työotteella, jonka kouluttajana ja työnohjaajana toimi vuosia norjalainen sosiaalipsykiatrian professori ja perheterapeutti Tom Andersen. Suorat työnohjaukset ja hoitoprosessien evaluointi eli yhteisen tutkimisen haastattelut asettuivat myös osaksi Jorvin mallia Tom Andersenin sekä professori Jarl Wahlströmin workshoppien myötä (Rautkallio & Rautiainen 2016).

Jorvin psykoosityöryhmä eli PSYP

Kun Espoon, Kirkkonummen ja Kauniaisten väestövastuualueella mietittiin 1990-luvun alussa, mihin suuntaan akuuttipsykiatriasta toimintaa kehitettäisiin, päädyttiin rohkeasti

Avoimen dialogin, tapauskohtaisen ja tarpeenmukaisen perhe- ja verkostokeskeisen mallin periaattein toimivaan psykoosien ja vaikeiden mielenterveyden kriisien ja häiriöiden integroituun avohoitomalliin ja sen kehittämiseen. Jorvin yleissairaalan ja siellä jo toimineen psykiatrisen avo-osaston yhteyteen perustettiin psykoosityöryhmä 13.5.1991 ja se sai nimekseen PSYP.

Kuten muistelukeskustelussa (Rautkallio ym. 2026) käy ilmi, resurssit olivat niukat, joten oli tehtävä valinta, miten niitä käytetään optimaalisesti. Osastojen rakentamiseen ja ylläpitämiseen ympärivuorokautisesti ei ollut varaa, joten henkilökuntaresurssit päätettiin kohdentaa avohoitoon ja keskittää psykoosityöryhmään. Koska oltiin tutustuttu Keroputaan malliin, päätettiin hoitaa vakavat mielenterveyden kriisit avohoidossa perhe- ja verkostokeskeisesti niin pitkälle kuin mahdollista.

PSYP toimi Espoossa Jorvin sairaalan yhteydessä ja kuului organisatorisesti vuodet 1991–2000 Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Kun Uudenmaan kunnat yhdistyivät vuoden 2000 alussa ja perustivat HUS-kuntayhtymän, Jorvista ja PSYP:stä tuli osa HUS:n psykiatrian yksikköä. PSYP:n toiminta-alue oli tuolloin Espoon, Kauniaisten ja Kirkkonummen väestö, noin 220 000–250 000 asukasta.

PSYP:n tiimiin kuului apulaisylilääkäri, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja, kaksi psykiatrian erikoislääkärinä ja erikoistuva lääkäri, kaksi psykologia, kolme mielenterveyshoitajaa, kuusi erikoissairaanhoitajaa ja yksi tai kaksi osastonsihteriä, alkuaikoina myös oma sairaala-apulainen. Keskimäärin tiimin koko oli 18 jäsentä. PSYP:n toiminta-aikana kaikki hoitajat ja lähes kaikki muutkin tiimin jäsenet koulutustuivat perheterapeuteiksi. Jorvin psykiatrian yksikköä johti kolme psykoanalyytikkoylilääkärinä, ylihoitaja ja kaksi hallinnon sihteriä.

Työtä tehtiin yhdessä vuorossa arkisin klo 8–16. Palvelulupaus oli järjestää perhe- ja verkostokeskeinen hoitokokous viimeistään seuraavana arkipäivänä yhteydenotosta. Arkisin se toteutettiin PSYP:llä, kotona tai jossakin muualla, päivystysaikana avo-osaston ja myöhemmin tulleiden suljettujen osastojen henkilökunnan ja päivystävän psykiatrin toimesta Jorvissa. Mainittakoon yhtenä tunnuslukuna, että PSYP:n antama palvelulupaus tarjota perhe- ja verkostokeskeinen hoitokokous akuutissa psykiatrisessa kriisissä viimeistään seuraavana arkipäivänä yhteydenotosta toteutui 100 prosenttisesti vuosina 1991–2005 (suullinen tiedonanto Ari Kylänpää 10.5.2025).

Virka-ajan jälkeen osaston henkilökunnan ja päivystävän psykiatrin seurannassa voitiin huolehtia potilaiden akuutin hoidon ja turvan tarpeista avohoidon tukitoimena niin kutsutuilla seurantapaikoilla. Ne olivat virka-aikana käytettävissä myös PSYP:llä. Kun vuonna 1996 Jorvinmäelle rakennettiin kaksi suljettua osastoa, niiden toimintaperiaate oli myös Avoimen dialogin mallin mukainen. Sitä ennen suljetun osaston hoidot toteutettiin yhteistyössä Tammisaarella sijaitsevan Tammiharjun sairaalan kanssa.

Kun PSYP valittiin vuodesta 1992 kansalliseen API-projektiin (Akuutin Psykoosin Integroitu hoito) yhdeksi kuudesta tutkimuskeskuksesta, koulutus ja työnohjaus kohdentui suoraan dialogisen ja perhekeskeisen hoitomallin kehittämiseen ja taitojen oppimiseen. API-projektin toimintaperiaatteet olivat hoidon tarpeenmukaisuus, tapauskohtaisuus, perhekeskeisyys, integratiivisuus, moniammatillisuus ja hoitosuhteen yksilöllisyys (Aaltonen ym. 2000).

API-projektin edetessä taustalla olevien mallien toimintaperiaatteet muokkautuivat ja muotoutuivat Jorvin malliksi laajan väestövastuualueen, pääkaupunkiseudun asiakaskunnan sekä 18-henkisen tiimin tarpeisiin sopiviksi ja suuren organisaation realiteetteihin.

Jorvin mallin kehittymistä vahvisti API-projektin lisäksi myös Jaakko Seikkulan ja Tom Andersenin luoma ja luotsaama kansainvälinen psykoosien hoidon tutkimusverkosto, johon Jorvin PSYP ja Keroputaa osallistuivat aktiivisesti vuodesta 1994 lähtien useiden vuosien ajan. Keroputaa osallistuu tutkimusverkostoon edelleenkin. Verkostoitumisella myös kansainvälisesti oli suuri merkitys Jorvin mallille ja kokemuksellemme työmme merkityksellisyydestä laajemmassakin yhteydessä. Me olimme ja pysyimme toistemme mielessä, ja sillä on valtavan iso merkitys kasvamisen ja kehittymisen sekä jaksamisen ja asiaansa uskomisen kannalta.

Seuraavassa luvussa on kooste Jorvin mallin keskeisistä periaatteista toukokuussa 2025 käydyn muistelukeskustelun (Rautkallio ym. 2026) pohjalta. Nostot kohdentuvat sekä Avoimen dialogin hoitomallin periaatteisiin että niiden toteuttamisen edellytyksiin aikanaan Jorvissa dialogisen johtamisen ja dialogisesti toimivan tiimin toimesta.

Vinkki: tämä voisi olla sopiva kohta lukea koottuja otteita muistelukeskustelustamme tämän lehden artikkelista *Kokemuksia Avoimen dialogin hoitomallin johtamisesta ja tiimin dialogisesta jäsenyydestä* (Rautkallio ym. 2026).

Jorvin mallin keskeisiä periaatteita ja miten johto tuki ja vaali niiden toteuttamista

Avoimen dialogin hoitomallin kliinisen toteuttamisen periaatteet ovat yksinkertaisia ja tapauskohtaisesti toistettavissa, vaikka perheiden ja potilaiden ongelmatiikka on usein kompleksista ja aina ainutkertaista. Vaikuttavuudeltaan periaatteet ovat tutkittuja ja ne ovat samalla arkijärkisiä ja viisaita. Läheiset kutsutaan aina mukaan, ensimmäinen hoitokokous (Avoimen dialogin päätapahtuma) järjestetään viimeistään seuraavana arkipäivänä yhteydenotosta, päätökset tehdään potilaan ja läheisten läsnä ollessa dialogisesti, lääkehoitoa toteutetaan tarpeenmukaisesti, tapaamisia on eri kokoonpanoilla, alkuun tiuhemmin, sitten harventuen.

Avoimen dialogin hoitoa toteuttavissa yksiköissä periaatteet toteutuvat oikeasti, eivät vain paperilla. Lähetettä ei tarvita, puhelinsoitto riittää ensimmäisen hoitokokouksen järjestämiseksi ja hoidon alkamiseksi. Läheiset ja ne, joita kriisi koskettaa saavat kutsun tulla

mukaan ja olla osallisina yhdessä suunnitelluin kokoonpanoin koko hoidon ajan. Hoitoryhmä ylläpitää dialogia ja vakauttaa suhteita auttamalla puhumaan niistä asioista, joista on tarpeen puhua ja tekemään tai ainakin kokeilemaan niitä toimia, joiden tarpeellisuutta on yhdessä suunniteltu. Hoito päättyy useimmiten yhdessä sopien ja mahdollinen uusi kriisi hoidetaan uutena kriisinä saman hoitoryhmän toimesta. Ongelmallisten tilanteiden syntyessä hoitoa ei siirretä muualle, vaan kokoonpanoa muutetaan, lisätään reflektointia ja ihmettelyä sekä kokeillaan jotain uutta. Tarpeenmukaisia ja tapauskohtaisia jatkotutkimuksia ja/tai -hoitoja suunnitellaan yhdessä, kun kriisiaika on läpieletty. Tätä kaikkea johdetaan ja toteutetaan dialogisesti.

Hoitoryhmä toteuttaa hoidon. Hoitoryhmän kokoonpanon periaate on, että ensimmäisen yhteydenoton vastaanottanut vastaa ensimmäisen hoitokokouksen järjestämisestä ja osallistuu itse siihen. **”Ken luuriin tarttuu, se luuriin hukkuu”** - muotoutui siten yhdeksi Jorvin mallin keskeiseksi periaatteeksi. Hoitoryhmä pyritään pitämään samana ja **jatkuvuudesta** huolehtiminen on tärkeää. Elleivät samat hoitoryhmän jäsenet voi aina osallistua, peräkkäisissä hoitokokouksissa on ainakin yksi edellisessä mukana ollut hoitoryhmän jäsen. Tapaamisissa on aina **vähintään kaksi työntekijää**. Päivittäin jokaisella tiimiläisellä oli PSYP:ssä keskimäärin kuudesta kahdeksaan tapaamista. Tämä kaikki mahdollistui siten, että tapaamisten pituudet vaihtelevat 15 minuutista 90 minuuttiin ja ajankäytössä priorisoitiin kriisivaiheen perheitä, joten muutoksia tehtiin tarvittaessa kriisivaiheen ohittaneiden perheiden tapaamisaikoihin.

Kuten psykoterapian vaikuttavuustutkimusten johtopäätökset osoittavat, hoitosuhteen laatu on yksi tärkeimmistä vaikuttavista tekijöistä. Jorvin psykiatrian ylempi **johto vaali sitä, että hoidetaan suhteessa ja suhteita, ei suoritteita.** Psykoanalyttikkoina se oli heille laittamatonta. Lähijohtomme puolestaan vaali sitä, että **suhteiden hoitaminen toteutuu ensisijaisesti perheissä ja verkostoissa ja että pidetään huolta myös tiimin keskinäisistä suhteista.** Perheterapeutteina se oli heille selkeää.

Keroputaalaisilta opittiin kädestä pitäen, että Avoimen dialogin tiimi järjestäytyy hoitokokouksessa sen mukaan, **kehen psykoottinen tai vakavassa kriisissä oleva eli sillä hetkellä haavoittuvimman perheenjäsenen kykenee luomaan parhaiten kontaktin.** Riippumatta koulutustaustasta tai työkokemuksen pituudesta tämän hoitoryhmän jäsenen ja potilaan suhdetta kunnioitetaan ja kannatellaan. Tämän jäsenen allakan mukaan määrittyy seuraavan hoitokokouksen ajankohta. **Muut tietävät omat tehtävänsä** rakenteista vastaavina (hoitokokouksen alut ja loput) sekä perheen ja verkoston kanssa käytävän dialogin ylläpitäjinä ja reflektion toteuttajina. **Hoitokokousten rakenteista pidetään kiinni** ja ne ovat ”jykevämmät kuin sairaalan seinät”, kuten tavattiin todeta.

Ilman dialogista läsnä olevaa johtamista sekä vahvaksi opiskeltuja sisäistettyjä dialogisia ja reflektiivisiä taitoja hoitokokouksilla voi olla riski muuttua monologisiksi ja yksilökeskeisiksi eli ”potiloiviksi”. Tällöin myös perheen ja verkoston rooli saattaa muuttua passiiviseksi oiretiedon raportoijaksi ja psykoedukaation vastaanottajaksi.

Kukaan ei tee mitään yksin, on keskeinen periaate. Poikkeuksen muodosti PSYP:llä se, että jokaisella saattoi olla meneillään jokunen yksilöhoitosuhde niin halutessaan, jotta sai käyttää ja kehittää yksilöterapeuttisia taitojaan. Muut yksilötyöskentelyt toteutettiin **kaksiloterapioina**, mikä tarkoittaa potilaan yksilöhoitajaksoa kahden terapeutin toteuttamana.

Ihmiset perheissä ovat oman elämänsä asiantuntijoita ja avoimissa dialogeissa selvitellään, mistä juuri heidän kohdallaan ongelmien taustalla saattaisi olla kysymys ja miten juuri nyt edetä ja löytää helpotusta. **Ei-tietämisen taitoa** harjoitetaan muuttamalla omaa ajattelua ihmettelevämmäksi ja moniäänisemmäksi ja retoriikkaa spekulatiivisemmäksi sekä opettelemalla kääntymään muiden puoleen hoitokokouksessa. **Epävarmuuden sietoa** opetellaan hidastamalla suurten linjausten tekoa ja luottamalla dialogiseen prosessiin.

Reflektointi on tärkeää; kuunnella, katsella ja ajatella ennen kuin sanoo. Jorvin malliin kehitettiin myös "Ihmettelykäytäntö" jossa jokainen PSYP:n ja osastojen työntekijä opetteli taidon osallistua hoitokokoukseen ulkopuolisena "Ihmettelijänä". Tom Andersenilta saimme evääksemme "kuvan" yhteisestä matkanteosta asiakkaiden kanssa, jossa terapeuttien jalanjäljet ovat joko vierellä tai jäljessä, eivät koskaan edellä.

Moniäänisyys on myös keskeinen periaate (Seikkula 2022). Moniäänisyydellä tässä viitataan Mihail Bahtinin polyfonian käsitteeseen, jonka pohjalta avoimiin dialogeihin on muotoiltu näkemys jokaisen äänen täysiarvoisuudesta. Hoitokokouksessa tämä tarkoittaa sitä, että jokaisen perheenjäsenen tulee saada ilmaista omat ristiriitansa ja kokea ne arvokkaina ja hoitoryhmän jäsenet tuovat kukin oman näkökulmansa keskusteluun. (Rautkallio 2022). Konsensusta ei haeta. Vakavien kriisien ja psykoosien ympärillä käytävien dialogien myötä ilmentyvät ristiriidat näyttäytyvät usein ulkoiseen maailmaan sopeutumisen ja sisäisen maailman kokemisen, lohdun ja tuen vastaanottamisen ja eriytymisen tarpeen, muiden toden ja oman toden välillä. Ristiriitoja voivat kokea ja ilmaista niin asiakkaat kuin ammattilaiset. Dialogia ylläpitävän ammattilaisen pyrkimys ja taito on kuunnella, vastaanottaa ja sanoittaa erilaisia näkemyksiä ja mahdollisia ristiriitaisuuksia sekä kannatella ja rohkaista kriisissä olevan perheen tai suvun haparoivaa syntyvää sietokykyä ja sanotusta niille. Tarkoitus ei ole niinkään ratkaista ristiriitoja vaan auttaa niitä sanoiksi ja kannatella ja säädellä tunteita, joita ne ilmentävät.

Joustavuuden periaate tarkoittaa sitä, että tiimin jäsenenä on omalta osaltaan valmiudessa muuttaa näkökulmaansa, mielipidettään ja työpäivänsä suunnitelmia tilanteiden mukaan ja osata kommunikoida tämä muutos dialogisesti muulle tiimille ja asiakkailleen. Tapaamispaikkojen suhteen myös joustetaan. **Kaikessa ei kuitenkaan joustettu! Työt tehdään työaikana ja lounas on tärkeä! Näiden toteutumista johto vaali.**

Psykiatrian ylemmän johdon ja PSYP:n johdon työtä oli tukea tiimin jäsenten mahdollisuuksia noudattaa Avoimen dialogin hoitomallin periaatteita ja huolehtia siitä, että koulutus ja työnohjaus sekä muu tuki oli riittävää niiden sisäistämiseen ja

tapauskohtaiseen soveltamiseen. Muistamme kaikki, miten työ ei ollut aina helppoa, mutta se oli aina mielekästä. Eikä koskaan tarvinnut jäädä yksin.

Yksi tärkeä tuen muoto on johdon palveluhenkinen asenne tiimiin. PSYP:n osastonhoitajalla ja apulaisosastonhoitajalla oli hoitoryhmille kahvit tarpeenmukaisesti keitettynä ja he huolehtivat myös siitä, että vaativan hoitokokouksen jälkeen pääsimme hetkeksi palautumaan. **He osallistuivat itse vaativiin asiakastilanteisiin ja tekivät hoitoryhmätyötä.** Tiimin taitoa oli puolestaan osata huolehtia johdosta ja heidän palautumisestaan ja kahvitauoistaan, tarvittaessa myös ilahduttamalla heitä huonoilla vitseillä.

Hoitoryhmä ja hoitokokous ovat siten Avoimen dialogin hoitomallin perusyksiköt. Dialogi, ihmettely ja reflektio ovat tekemisen perusta. Iltapäivään, huomiseen, maksimissaan viikon päähän ovat aikayksikköjä. Näiden toteutumista PSYP:n johto seurasi ja kannatteli myös osallistumalla yhteiseen työhön.

Suomen yhden johtavan dialogin asiantuntijan Kai Alhasen mukaan demokraattinen yhteiselämä ei toteudu vain dialogisissa keskusteluissa, vaan puheen on myös johdettava toimintaan (Alhanen 2016). Demokratian elinvoimaisuus tarvitsee dialogisten keskustelujen lisäksi dialogien aikaansaannoksia jalostavaa ja niiden kestävyyttä koettelevaa yhteistoimintaa. Yksi suurimmista haasteista onkin, miten erilaisia asioita tavoittelevat yksilöt löytävät ja säilyttävät yhteisiä päämääriä. (Alhanen 2016, 91). Yhteistoiminnan luonteeseen kuuluu epävarmuus ja ennakoimattomuus, kaikkeen inhimilliseen toimintaan liittyvä arvaamattomuus ja ei-ennakoitavuus. Yhteistoiminta on siis epävarmaa sekä sidoksiltaan että seurauksiltaan.

Edelleen Alhasen mukaan dialogin ansiosta yhteistoimintaa ei nähdä mekaanisena suorituksena vaan omien seuraamustensa varassa kehittyvänä orgaanisena kokonaisuutena (Alhanen 2016). Tällainen älyllinen nöyryys ja käytännöllinen valppaus luovat kasvualustan erilaisille yhteistoiminnan muodoille, jotka eivät perustu auktoriteettiin eivätkä kateettomille toiveille inhimillisen toiminnan täydellisestä kontrolloimisesta. Dialogin avulla saavutettava tieto yhteistoiminnan samanaikaisesta hauraudesta ja kehitysmahdollisuuksista mahdollistaa sen, että toimintaan voidaan suhtautua kokeilevasti.

Kokeileminen oli PSYP:ssä toimimisen voima-ajatus. Se oli myös johtamisen voima-ajatus. Saimme kokeillessamme myös erehtyä ja tehdä virheitä. Niistä opittiin ja niitä korjattiin yhdessä.

Muistelua PSYP:n loppuvaiheista ja yhdessä tehdystä matkasta

Toimimme edellä kuvaillulla tavoin viitisentoista vuotta. Henkilökunnan vaihtuvuus oli pientä. Osa kävi vanhempainvapaalla ja palasi takaisin, osa kävi työnkierrossa avo-osastolla ja uusilla suljetuilla osastoilla, joiden kanssa rakennettiin yhdessä Avoimen dialogin hoito-

kulttuuria. Lähes kaikki opiskelimme perheterapeuteiksi. Erilaisuus ja erinäkökulmaisuus olivat koettua todellisuutta ja voimavaramme.

Silti Jorvin malli hiipui ja lopulta päädyimme keskustelussamme muistelemaan myös sitä, miten HUS-psykiatriassa nopeasti vaihtunut johtamis- ja hoitokulttuuri ja muuttuneet arvot johtivat siihen, ettei Avoimen dialogin periaatteita voitu pitää tiimin toimintaperiaatteena eikä niitä ollut mahdollista hoitoprosesseissa noudattaa. ”Jorvin malli” ei enää hengittänyt ja viimeisetkin alkuperäiset PSYP:läiset vaihtoivat työpaikkaa.

Kyselemme toisiltamme, olisiko meidän pitänyt tehdä jotain toisin vai oliko Avoimen dialogin hoitomallin loppu vääjäämätön uudenaikaisessa johtamiskulttuurissa? Vai johtuiko se jostain muusta?

Lopuksi

Turun malli, Kuopion malli, Keroputaan malli ja Jorvin malli ovat kaikki suomalaisia perhe- ja verkostokeskeisiä, psykoterapeuttisia ja integratiivisia hoitomalleja, joita kehitettiin 1970-luvulta alkaen vaikeimpien elämäntilanteiden, mielenterveyden järkkymisen ja psykoottisten kriisien hoitamiseen väestövastuuyksiköiden tiimeissä ja hoitoryhmissä. Jorvin malli sai kiittää edelläkävijöitään kansainvälisestäkin merkittävästä kehittämistyöstä ja tutkimustyöstä humanin, holistisen ja psykoterapeuttisen psykososiaalisen ja psykiatrisen hoidon saralla.

Jaakko Seikkulan mukaan näyttää siltä, että silloisen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrinen avohoito, Keroputaan malli, olisi yksi maailman eniten tutkituista hoitojärjestelmistä (Seikkula 2022). Avoimen dialogin hoitomalli on myös mukana Maailman terveysjärjestön WHO:n hyvien käytäntöjen listauksissa ja mallia opiskellaan ja sovelletaan laajasti maailmalla paljolti suomalaisten kouluttajien johdolla. Keroputaan malli on lisäksi vastaanottanut joulukuussa 2025 Eduskunnan Vaikuttavuusseuran Vuoden vaikuttavuusteko -palkinnon. Perusteluina palkinnon saamiselle mainitaan ”Avoimen dialogin mallin olevan suomalainen innovaatio, joka on muuttanut mielenterveyspalveluiden toimintakulttuuria maailmalla. Malli perustuu yhteisölliseen, moniääniseen ja läpinäkyvään työotteeseen, jossa potilas ja hänen läheisensä osallistuvat hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Malli on savuttanut tutkitusti poikkeuksellisia vaikuttavuustuloksia” (Gauffin 2025).

Vaikka Suomessa malli on toistaiseksi pääosin sivuutettu, toivoa Avoimen dialogin hoitomallin ja ylipäätään perhe- ja verkostokeskeisyyden paluusta vahvemmin suomalaiseen mielenterveyden hoidon organisointiin tuovat kuitenkin lisääntyvä monialainen tutkimustieto, kriittiset äänenpainot liiallista yksilökeskeisyyttä kohtaan sekä puheenvuorot yhteistoimintaan ja dialogisuuteen perustuvan toiminnan puolesta, niin yhteiskunnassa kuin mielenterveyshoidon lähtökohtana.

Tutkimusten mukaan häiriökysyntä kasvaa, jos hoito ei ole alusta alkaen kokonaisvaltaista, vaan kohdentuu oireisiin. Käsité on tuoreehko ja sen on lanseerannut Suomeen vuonna 2017 Goforen johtava konsultti Hermann Hyytiälä yhdessä lääketieteen emeritusprofessori Martti Kekomäen kanssa (Hyytiälä 2025). Häiriökysynnällä tarkoitetaan asiakkaan puutteellisesta palvelusta johtuvia turhia yhteydenottoja, joista kertyy kuluja. Häiriökysynnässä on kyse siitä, että asiakas ei saa ollenkaan palvelua, saa väärää palvelua tai saa ainoastaan osittaista palvelua. Siitä syntyy ilmiö, jossa apua tullaan hakemaan yhä uudelleen. Avun toistuva uudelleen pyytäminen lisää kustannuksia, heikentää palvelun laatua, pitkittää hoitoon pääsyä ja lisää työntekijöiden kuormaa. Hyytiälän mukaan häiriökysyntää voi vähentää mm. vahvistamalla hoidon jatkuvuutta ja oikea-aikaisuutta, moniammatillisuutta ja kokonaisvaltaisuutta.—Nämä huomiot vahvistavat osaltaan Avoimen dialogin hoitomallin tarkoituksenmukaisuutta hoidon organisoimiseksi.

VT Eeva Nummen väitöskirja *Dialogi ja inhimillisesti kestävä organisaatio* (2023) on autoetnografinen toimintatutkimus dialogisen toimintakulttuurin kehittämistä. Nummi rakentaa ymmärrystä dialogin merkityksestä kokemuksesta oppivassa, inhimillisesti kestävässä organisaatiossa. Tutkimuksen keskeinen johtopäätös on se, että tehokkuusajattelu estää aidon dialogin juurtumista organisaatioon, jolloin dialogin koko (parantava) potentiaali jää toteutumatta. Kun organisaatiodialogissa luovutaan tehokkuustavoitteesta ja konsensushakuisuudesta, syntyy tilaa vaihtoehdoille, haavoittuvuudesta kertoville tarinoille, jotka alkavat rakentaa uudenlaista organisaatiotodellisuutta ja johtajuuskäsitystä. Tässä kirjoituksessa kuvaamme kokemuksemme pohjalta, miten dialoginen toimintakulttuuri johtaa vaikuttavaan ja taloudellisesti kannattavaan hoitoon, jossa häiriökysyntä vähenee ja sekä asiakas- että työtyytyväisyys lisääntyy.

Ilahduttava puheenvuoro on myös uunituore kirja *Psykologian vallan kumous – irti terapiakulttuurista* (2026), jossa nuoret psykologit tuovat esiin ja peräänkuuluttavat holistisempia ja yhteisöllisempiä näkökulmia yksilöorientaation rinnalle (Bwalya ym. 2026). PsT, dosentti, Keroputaan entinen johtava psykologi Tomi Bergström on yksi kirjoittajista. Hän avaa kirjoituksessaan holistisen viitekehyksen mielenterveyshoitojen lähtökohdaksi, jossa mielenterveysongelmia ei tarkastella pelkästään yksilön häiriönä, vaan koko lähiyhteisöä koskevat elämäntilanteen haasteina, joita voidaan ymmärtää ja helpottaa vahvistamalla vuorovaikutusta ja yhteisöllisyyttä (Bergström 2026). Bergström myös ennustelee toiveikkaana, että Keroputaan malli aikansa maailmalla kierrelyään ja vaikuttavuutta kerrytettyään rantautuisi takaisin kotimaahansa. Sitä odotellessa hän toteaa ”jokaisen meistä voivan omalta osaltaan edesauttaa muutosta tätä kohti omaksumalla dialogisen perusasenteen oli sitten työntekijä, palveluiden käyttäjä, omainen tai muuten vaan aiheesta kiinnostunut kanssakulkija” (Bergström 2026, 70).

Omalta osaltamme mekin toivomme, että muisteluistamme voisi versoa inspiraatiota dialogisuuden, yhteistoiminnallisuuden ja perhekeskeisyyden lisäämiseen tämän päivän olosuhteissa toimiviin hoitosysteemeihin, niiden johtajuuteen, tiimiläisyyteen ja hoito-

prosesseihin. Tämän muisteluprosessin myötä meille vahvistui dialogisen johtamisen ja dialogisten tiimitaitojen merkitys hoidon vaikuttavuudelle ja työssä olemisen laadulle. Me kannatamme arvokkuutta, tasa-arvoa, rohkeutta, osallisuutta, toimijuutta, hyvántahtoisuutta, yhteistoiminnallista asennetta ja eettisyyttä edistävää ammatillista toimintaa.

Vastaamme tällä perheterapeuttiporukalla valitsemistamme näkökulmista sekä olemme valmiit muokkaamaan näkemyksiämme uusien muistojen ilmaantuessa – kenelle ja keille tahansa.

PSYP:n perustamisen 35-vuotisjuhlavuonna 2026

Ari, Arja, Leena, Pauli, Merja, Hanna ja Aino Maija

Lähteet

Aaltonen, J. Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen, V. (2000) Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä: Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito -projektin tuottamista hoitoperiaatteista. Julkaisusarja Raportteja. Stakes: 257.

Alhanen, K. (2016). *Dialogi demokratiassa*. Tallinna: Gaudeamus.

Bergström, T. (2026). Holistisen mielenterveyshoidon tulevaisuus - Mallia Keroputaalta. teoksessa Bwalya, A., Sangervo, J. & Ajakainen, M. *Psykologian vallan kumous – irti terapiakulttuurista*, 51–72 Tampere: Vastapaino.

Gauffin, T. (2025). *Avoimen dialogin hoitomallille kunniamaininta Vaikuttavuusteko-kilpailussa*. Luettavissa osoitteessa **Avoimen dialogin hoitomallille kunniamaininta Vaikuttavuusteko -kilpailussa - Tapio Gauffin**

Hyttiälä, H. (2025). Häiriökysyntä koettelee myös henkilöstöä. *Lääkärilehti*, 80, e42905.

Nummi, E. (2023). *Dialogi ja inhimillisesti kestävä organisaatio*. Turku: Painosalama.

Rautkallio, A. M. & Rautiainen, E-L. (2016). Yhteisen tutkimisen haastattelu. *Perheterapialehti*, 36–49.

Rautkallio, A. M., Kylänpää, A., Itkonen, A., Rieskjärvi, L., Uusitalo, P., Lappi-Rantala, M. & Honkinen, H. (2026). Kokemuksia Avoimen dialogin tiimin johtamisesta ja tiimin jäsenyydestä. *Perhe- ja pariterapialehti*, 63–75.

Rautkallio, A. M. (2022). Löytyykö Bahtinin ajatuksia edelleen dialogisen perheterapian ja avoimen dialogin scenestä? *Perhe- ja pariterapialehti*, 45–61.

Seikkula, J. (2022). *Dialogi parantaa, mutta miksi?* Tallinna: Kuva ja mieli.